

INSCRIPCIÓ MATINS ACTIUS (LOCAL DE JOVES DE VILABLAREIX

NOM: _____ COGNOMS: _____

DATA DE NAIXEMENT: ____/____/____ EDAT : ____ CURS: _____

ADREÇA: _____

POBLACIÓ: _____ C.P. _____

TELÈFONS: Pare _____ Mare _____

Participant _____

TALLA DE SAMARRETA _____

DOMICILIACIÓ BANCÀRIA:

ENTITAT	OFICINA	D	C	NÚM. DE COMPTE

Voleu el segon pagament fraccionat?

- SI** (Es cobrarà un 40% abans del 10 de juny i el 35% el 3 de juliol)
 NO (Es cobrarà el 75% abans del 10 de juny)

Inscripció de participació

- Setmana 1** 25 de juny al 29 de juny
 setmana 2 del 2 al 6 de juliol
 setmana 3 del 9 al 13 de juliol
 setmana 4 del 16 al 20 de juliol
 setmana 5 del 23 de juliol al 27 juliol
 Tot el casal

Observacions: Setmanes reals que participarà del casal

- Setmana 1** 25 de juny al 29 de juny
 setmana 2 del 2 al 6 de juliol
 setmana 3 del 9 al 13 de juliol
 setmana 4 del 16 al 20 de juliol
 setmana 5 del 23 de juliol al 27 juliol

AUTORITZACIÓ:

En/na..... amb DNI.....
Autoritza al meu fill/a.....

- A assistir al matins actius i al les seves excursions i sortides del municipi
- A poder fer fotos i gravar en vídeo i fer-ne us a les xarxes socials relacionades amb l'activitat
- A fer l'ús de la seva imatge (Llei 1/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge) en documentació i mitjans relacionats amb l'activitat.
- Autoritzo a les decisions medicoquirúrgiques que siguin necessàries adoptar, en cas d'extrema urgència, sota direcció facultativa pertinent.

Vilablareix,.....de..... de 2018

FITXA MÈDICA

NOM:	COGNOMS:	
ADREÇA:	POBLACIÓ:	
TELS. cas d'urgència:	Pers. de contacte:	telf:
	Pers. de contacte:	telf:

MALALTIES IMPORTANTS PRÈVIES, INGRESSOS HOSPITALARIS /
INTERVENCIONS QUIRÚRGIQUES:

AL·LÈRGIES (maquillatge, aliments, etc.):

MALALTIES ACTUALS / TRACTAMENT A SEGUIR:

DIETA O RÈGIM ESPECIALS:

RELACIÓ DE VACUNES POSADES (podeu adjuntar fotocòpia del carnet de
vacunacions)

CAL ADJUNTAR :

- **Fotocòpia de la tarja d'identificació sanitària** o altre document acreditatiu del dret a la presentació a la sanitat pública o de l'assegurança mèdica privada.
- **Fotocòpia DNI**